

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Tatiana Tavares

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA - RS**

**Porto Alegre
2009**

Tatiana Tavares

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA - RS**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde Pública da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em
Saúde Pública.**

Orientador: Prof. João Werner Falk

**Porto Alegre
2009**

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família visa reestruturar a Atenção Básica, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. É operacionalizada por equipes multiprofissionais sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o elo entre o sistema de saúde e a comunidade. Dessa forma, é fundamental conhecer os aspectos que influenciam a qualidade de vida dos ACS pela natureza peculiar do seu trabalho.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal incluindo todos os Agentes Comunitários de Saúde do município de Cachoeirinha – RS. Foi desenvolvido e aplicado um questionário avaliando aspectos relacionados ao trabalho (estrutura, material e forma). O WHOQOL-Bref foi utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida. O teste de correlação entre os escores do questionário e os domínios do WHOQOL-Bref foi realizado de acordo com a sua distribuição.

Resultados: Foram estudados 29 ACS com idade entre 20 e 58 anos, sendo 27 do sexo feminino. A escolaridade média foi de 11 anos de estudo e o tempo de trabalho como ACS de 37 meses em média. Os escores do WHOQOL-Bref variaram de 59,8 (social) a 71,2 (ambiente). Correlações positivas foram encontradas entre escolaridade e domínio de ambiente, tempo de ACS e domínios psicológico e social, escore de estrutura de trabalho e domínio de ambiente e escore de forma de trabalho e domínio físico.

Conclusões: Neste trabalho foi possível detectar fatores relacionados ao trabalho capazes de influenciar a qualidade de vida dos ACS, mesmo utilizando-se um questionário genérico de qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Care Strategy aims at the restructuring of the elementary care, according to the principles of the Brazilian Unique Health System. It is organized based on multi-professional teams including Community Health Aides (CHA), that works as a link between the system and the community. With this in mind, it is essential getting to know the factors that influence the quality of life of these professionals.

Methods: A cross-sectional study was performed including all that CHA that are actually working in Cachoeirinha-RS. A questionnaire including aspects related to work (structure, material and methods) was developed and applied to the volunteers. The WHOQOL-Bref was the instrument used for health-related-quality of life evaluation. Spearman or Pearson correlation test were used to compare the questionnaire scores and the WHOQOL-Bref domains.

Results: 29 (27 female) CHA were included, age range 20 to 58 years. The mean study time was 11 years. The volunteers had been working as CHA for 37 months. The WHOQOL-Bref scores varied from 59.8 (social) to 71.2 (environment). Positive correlations were found between scholarship and environment domain, period of CHA work and psychological and social domains, work structure and environment domain, and method score and physic domain.

Conclusion: In this study it was founded that some working factors do relate to health-related-quality of life, even when it was used a generic instrument for quality of life evaluation.

Key Words: Family Health Care, Community Health Aides, Quality of life

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- EP – Educação Permanente
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- RS – Rio Grande do Sul
- SPSS - Statistical Package for Social Science
- SUS - Sistema Único de Saúde
- WHOQOL-bref – World Health Organization Quality of Life Instrument Bref

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características dos ACS.	23
Tabela 2.	Análise descritiva das atividades relacionadas ao trabalho dos ACS.	24
Tabela 3.	Descrição do material de trabalho e forma de aquisição.	26
Tabela 4.	Média, desvio padrão, valores máximos referentes à qualidade de vida geral e domínios do WHOQOL-Bref	26
Tabela 5.	Características dos ACS e correlação com qualidade de vida.	27
Tabela 6.	Correlação entre domínios do WHOQOL-Bref e escores derivados dos questionários.	27

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
LISTA DE ABREVIATURAS	5
LISTA DE TABELAS	6
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	9
1.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	13
1.3 QUALIDADE DE VIDA	15
1.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
3.1 DELINEAMENTO	20
3.2 POPULAÇÃO-ALVO	20
3.3 COLETA DE DADOS	20
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	21
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÕES	29
6 REFERÊNCIAS	30

ANEXO 1 - WHOQOL-BREF	33
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO	38
ANEXO 3 - CRIAÇÃO DOS ESCORES	42
ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em 1994, inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), proposta a partir da evolução histórica e da organização do sistema de saúde no Brasil. O PSF, projeto para reorganizar a Atenção Básica, de modo a expandi-la e qualificá-la por meio da reorientação do modelo assistencial, consolidou-se como estratégia devido à sua expansão (BRASIL, 2001).

A Saúde da Família, nova dinâmica para a estruturação da Atenção Básica, é desenvolvida de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, e orienta-se pelos preceitos da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. As equipes atuam, no âmbito individual e coletivo, na unidade de saúde e no domicílio, com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2004a).

A antiga proposição de modelo de saúde era exclusivamente centrada na doença; na prática hospitalocêntrica, em que os hospitais eram super valorizados e tidos como porta de entrada do sistema; no profissional médico; curativa e individualista. A imersão nesta lógica da atenção reparadora confunde-se com o próprio conceito de saúde, uma vez que ao invés de se trabalhar pela qualidade de vida, se trabalha com a doença (SOUZA, 1999).

Neste sentido, a atual estratégia supera este modelo de saúde, uma vez que as unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, são capazes de

resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da sua população. Seguindo nesta lógica, o restante das pessoas, precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar. Esta é uma regra que, de acordo com Souza (1999) é internacionalmente aceita e comprovada.

Os problemas de saúde são, em sua maioria, simples e de resolução garantida no nível da atenção básica. Dessa forma, os ambulatórios de especialidades e os hospitais passam a cumprir seu verdadeiro papel, atendendo apenas a demanda necessária (SOUZA, 1999). É neste contexto que a Saúde da Família está inserida, pois busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, e pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e o uso da tecnologia dos recursos terapêuticos mais caros. Procura, também, a produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida das populações assistidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2004a; SOUZA, 1999).

A Unidade de Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, devendo ser garantida a continuidade da atenção por todo o sistema de saúde. Por isso, a ESF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis, os quais devem se constituir de forma hierárquica e organizada. Com essa organização, a população, os profissionais e os gestores são beneficiados (SOUZA, 1999).

A Estratégia de Saúde da Família, além dos princípios gerais da Atenção Básica, deve ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam; realizar cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família propõe-se ainda a humanizar as práticas de saúde, mediante a integralidade da assistência e a produção de vínculos de compromisso e responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a comunidade. Para isso, estabelece-se o planejamento das ações norteado pelos problemas prevalentes da realidade social e pela capacidade de resolvê-los em todos os níveis (SOUZA, 1999).

Acredita-se que o processo educativo desenvolvido em grupo, valoriza esta aproximação natural das pessoas, ao mesmo tempo em que favorece o fortalecimento das potencialidades individuais e também grupais, na valorização da saúde, na utilização dos recursos disponíveis e no exercício da cidadania.

A educação é uma dimensão do processo de cuidar. É um processo flexível, dinâmico, complexo, social histórico, reflexivo, que se constrói a partir das interações entre os seres humanos, no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências mútuas, uma vez que cada ser que interage, o faz com suas idéias, valores, atitudes e experiências. É um processo estético, ético, criativo, que possibilita ao ser humano diverso e singular, no âmbito individual e coletivo, o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo atingir autonomia sobre suas ações, tornado-se sujeito das situações vivenciadas. Além disso, pode ser terapêutico, pois facilita o enfrentamento de situações de estresse e crise. É um processo no qual se estabelecem transações para o alcance de metas, com participação ativa dos envolvidos, no qual aqueles que participam desta experiência crescem pessoalmente e transformam a si e ao meio em que estão inseridos (ZAMPIERI, 1999).

Estas novas abordagens são condição essencial para cumprir o princípio da integralidade da atenção e implicam a necessidade de um importante processo de aprendizagem dos membros das equipes de saúde da família, formados apenas para a atenção individual (BRASIL, 2004a).

A Portaria 198/GM/MS institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Segundo o Ministério da Saúde (2004b, p.10) “a Educação Permanente é aprendizagem no

trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

Nesse sentido, propõe-se que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004c).

Segundo a proposta do Ministério da Saúde, aspira-se que as práticas da EPS emanem de vivências e reflexões sobre o processo de aprendizagem significativa no trabalho, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população e ampliação do trabalho integral em saúde.

Característica central da ESF é a multiprofissionalidade. Nestas Unidades de saúde, médicos trabalham conjuntamente com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, apoio administrativo e agentes comunitários de saúde na busca permanente da troca de experiências e conhecimentos entre eles e destes com a comunidade.

O trabalho em equipe é, potencialmente, uma ferramenta importante de aprendizagem no trabalho. Oportuniza a relação interpessoal, o compartilhamento de experiências entre atores com vivências próximas e ao mesmo tempo distintas.

Por isso é importante que haja espaços coletivos para que os diferentes atores envolvidos no trabalho possam sentar, conversar e trabalhar conjuntamente na identificação de quais são os problemas, a explicação de seus condicionantes e possíveis ações e estratégias para enfrentamento dos mesmos.

1.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado inicialmente, em 1991, como uma atividade isolada na área de atenção básica à saúde (COELHO, ANDRADE, 2004). Porém, ainda no final da década de 80 teve início a experiência de agentes comunitários de saúde (ACS) pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) Hoje, é considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde (BRASIL, 2004d).

Os ACS podem ser ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família, ou ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2004d).

Os ACS são considerados a ligação entre o sistema de saúde e a comunidade. Trabalham com adscrição de famílias em área geográfica definida, a microárea. Dentre as suas atribuições estão: buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; desenvolver ações educativas individuais e coletivas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças e de agravos, de acordo com o planejamento da equipe; realizar cadastro de todas as pessoas de sua microárea e mantê-los atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006).

Os conhecimentos e habilidades tornam-se cada vez mais importantes para o bom desempenho dos agentes. Dessa forma, é essencial que eles conheçam a sua comunidade, tenham facilidade de comunicação, possuam auto-estima elevada, sejam solidários e dispostos a enfrentar novos desafios e revelem desempenho no trabalho de grupo (LAVOR; LAVOR; LAVOR 2004).

No desenvolvimento de suas atividades, os ACS são colocados diante de objetivos muito específicos, como por exemplo: encontrar todas as gestantes para trazê-las ao pré-natal; orientar quanto ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses; fazer com que seja cumprido o calendário completo de vacinação infantil; acompanhar todos os hipertensos e diabéticos, dentre outros. É no decorrer das suas ações que os agentes vão ganhando a confiança das famílias, dos serviços de saúde e das demais instituições da sociedade, e assim, conquistando o reconhecimento profissional.

Nesse sentido, é interessante os municípios mostrarem para a população a função dos agentes e reforçar através dos meios de comunicação a importância das suas ações para o desenvolvimento social. Dessa forma, também é possível desenvolver na sociedade a consciência do seu direito a estes serviços de saúde (LAVOR; LAVOR; LAVOR 2004).

Faz-se necessário que os ACS compreendam que o cumprimento das metas é o resultado do trabalho desenvolvido para a comunidade e não como imposições hierárquicas do supervisor. Isso torna a adesão aos objetivos, pelos ACS, facilitada. É importante que os resultados dos objetivos sejam permanentemente avaliados por todos os envolvidos no processo de trabalho, estimulando-se a todos para que se busquem formas inovadoras para atingir as metas com sucesso (LAVOR; LAVOR; LAVOR 2004).

As iniciativas de implantação do PACS e equipes de Saúde da Família acumularam um conjunto de experiências que vêm contribuindo para dar um salto de qualidade no processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (COELHO, ANDRADE, 2004). Profissão criada pela Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, o agente comunitário de saúde, apresenta grandes possibilidades e poderá prestar um valioso trabalho à humanização dos serviços de saúde ao alicerçarem uma nova relação entre estes e a comunidade a que pertencem (LAVOR; LAVOR; LAVOR 2004).

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde (BRASIL, 2001). Ressalta-se a importância de se conhecer outros aspectos da vida

dos ACS, além de fatores relacionados à sua formação, tais como os que levam em consideração a sua individualidade, seus dilemas, dificuldades e realizações, os quais podem ser influenciados ou não pela natureza peculiar do seu trabalho (KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Durante as atividades desenvolvidas com os ACS, como as de supervisão, de educação permanente, percebe-se muitas vezes o estresse e a ansiedade gerados diante de algumas situações vivenciadas por eles, bem como o descontentamento com a (des)valorização e (des)entendimento do seu trabalho por parte da população assistida por estes profissionais.

Dessa forma, considera-se relevante conhecer a qualidade de vida do ACS, já que tais informações podem servir de base para fomentar estratégias que visem à melhoria das condições de vida e trabalho destes profissionais o que pode gerar um impacto positivo na saúde de todos os envolvidos no processo de trabalho e assistência.

1.3 QUALIDADE DE VIDA

Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, emprega pela primeira vez a expressão Qualidade de Vida (QV) (GRUPO WHOQOL, 1998).

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o

controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (GRUPO WHOQOL,1998).

O termo qualidade de vida abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

O tema qualidade de vida, no âmbito da saúde, tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante e se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. A qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar a dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Nesse sentido, o Grupo WHOQOL reafirma que qualidade de vida relacionada com a saúde (*Health-related quality of life*) e Estado subjetivo de saúde (*Subjective health status*) são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

Qualidade de vida é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição partiu de seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural.

Bullinger et al. (1993, apud FLECK et al., 1999, p.20) consideram que o termo qualidade de vida abrange uma grande variedade potencial de “condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e as intervenções médicas”.

De acordo com Seidl e Zannon (2004) identifica-se duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*).

No que se refere ao conceito mais genérico, QV apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (SEIDL, ZANNON, 2004).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito freqüente na literatura e parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, apesar de ter sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral (SEIDL, ZANNON, 2004).

Minayo, Hartz e Buss (2000) salientam que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao setor saúde.

1.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos não são desenhados para uma doença específica, possuem um número maior de questões que abrangem outras doenças, servindo para uma avaliação global do estado de saúde do indivíduo. Podem ter como vantagens a possibilidade de generalização permitindo comparações do impacto de diferentes doenças na qualidade de vida (MENGARDA, 2005).

A OMS com a colaboração de 15 centros em diferentes culturas desenvolveu dois instrumentos gerais de Qualidade de Vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL BREF. O WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam 6 domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio-ambiente e

Espiritualidade/Crenças Pessoais. Já o WHOQOL Bref é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. Esta versão é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente (GRUPO WHOQOL, 1998).

As versões em português (Brasil) do WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref foram desenvolvidas segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos para cada um dos dois instrumentos. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste (GRUPO WHOQOL, 1998).

O WHOQOL-Bref baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo - percepção do indivíduo em questão -, multidimensional e composto por dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor) (FLECK et al., 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Cachoeirinha.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a influência dos fatores relacionados ao trabalho na qualidade de vida dos ACS.
- Avaliar a influência dos fatores relacionados a estrutura da Unidade de Saúde na qualidade de vida dos ACS.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal.

3.2 POPULAÇÃO-ALVO

A população estudada foi a totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam no município de Cachoeirinha, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

No momento da realização da pesquisa, haviam 33 ACS pactuados, sendo que 3 encontravam-se em exames admissionais. Dessa forma, 30 ACS foram convidados, sendo que um se recusou a participar do estudo. Assim, a população estudada foi composta de 29 ACS.

3.3 COLETA DE DADOS

A avaliação da qualidade de vida foi realizada através do instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS), o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-Bref) (Anexo 1).

O WHOQOL-Bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos em estudos multicêntricos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS. No Brasil, a versão em português do WHOQOL-Bref foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, sendo realizada segundo metodologia preconizada para a versão desse documento (KLUTHCOVSKY et al., 2007). A aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref foi realizada em uma amostra de pacientes da cidade de Porto Alegre, da região sul do Brasil (FLECK et al., 2000).

Um questionário, incluindo os fatores relacionados ao trabalho que influenciam a qualidade de vida dos ACS, foi desenvolvido (Anexo 2).

Os questionários foram respondidos pelos ACS individualmente, em um único encontro, de forma auto-administrada, utilizando-se como referência para as respostas as últimas duas semanas.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise descritiva foi realizada com o fornecimento das frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e as médias e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Considerando que seria difícil que qualquer das questões isoladamente apresentasse influência na qualidade de vida dos agentes e que alguns dos itens constantes no questionário foram considerados de potencial maior impacto, foram criados escores atribuindo pesos diferenciados para cada questão. Desta forma, 3 escores foram criados: escore relacionado ao ambiente (incluindo as questões 7 e 8), relacionado ao material (questões 9 a 12) e relacionado à forma de trabalho (questões 13 a 18). A pontuação de cada questão para a criação dos escores pode ser vista no anexo 3.

A avaliação da distribuição das variáveis quantitativas foi realizada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. A relação entre os escores oriundos do questionário e o WHOQOL foi realizada através do coeficiente de Pearson ou de Spearman, de acordo com a distribuição normal ou não normal, respectivamente.

Para análise do WHOQOL-Bref, foi utilizada a sintaxe disponibilizada no site dos organizadores do WHOQOL no Brasil.

O nível de significância utilizado foi de 5% e a análise estatística foi realizada através da versão 16 do programa SPSS® para Windows®.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os ACS somente participaram do estudo após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município onde se realizou a pesquisa haviam 33 ACS pactuados no momento. Desses, três encontravam-se em exames admissionais e um se recusou a participar do estudo. Assim, a população estudada foi composta de 29 ACS, ou seja, 87,8 % do total de ACS do município.

Dos ACS estudados, 27 (93,1%) eram do sexo feminino e 2 (6,9%) do sexo masculino. A idade média foi de 36,8 ($\pm 9,0$) anos, variando de 20 a 58 anos. Quanto à escolaridade, a média foi de 11 ($\pm 1,5$) anos de estudo. Quanto ao tempo de atuação como ACS, a média foi de 37 ($\pm 27,5$) meses. Quanto ao número de famílias cadastradas por ACS, a média foi de 189 ($\pm 49,6$) (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos ACS.

	Média	Desvio Padrão
Gênero feminino [€]	27	93,1
Idade	36,8	9,0
Escolaridade (anos de estudo)	11,0	1,5
Tempo como ACS (em meses)	37,0	27,5
Número de famílias cadastradas	189	49,6

[€] número absoluto e percentual

Os aspectos relacionados ao trabalho dos ACS encontram-se na tabela 2. Com relação à estrutura de trabalho, observou-se que 22 (75,9%) não possuem sala própria. Quanto ao armário para guardar o material de trabalho, 10 (34,5%) não têm, o que pode gerar certa insegurança por não ter onde deixar seu material e/ou objetos pessoais e sair tranquilamente para as visitas domiciliares.

Tabela 2. Análise descritiva das atividades relacionadas ao trabalho dos ACS.

	Voluntários	
	N	(%)
Estrutura		
Sala própria	29	100,0
Sim	7	24,1
Não	22	75,9
Armário		
Não tem	10	34,5
Coletivo	12	41,4
Individual	7	24,1
Forma de trabalho		
Discussão dos casos	29	100
<i>Periodicidade</i>		
Diariamente	10	34,5
Semanalmente	9	31,0
Somente casos especiais	9	31,0
Branco	1	3,4
<i>Planejamento</i>		
Planejadas com horário pré-determinado	10	34,5
No transcorrer do dia de trabalho	9	31,0
Branco	10	34,5
<i>Modo de discussão</i>		
De maneira individual	5	17,2
Com toda a equipe junto	5	17,2
Com todos os ACS juntos	9	31,0
Branco	10	34,5
<i>Com quem discutem*</i>		
Com o enfermeiro	19	65,5
Com o médico	9	31,0
Com o dentista	3	10,3
Educação Permanente		
Não ocorre	3	10,3
Ocorre irregularmente	16	55,2
Ocorre regularmente	7	24,1
Branco	3	10,3
<i>Participantes*</i>		
ACS	21	72,4
Auxiliar/Técnico Enfermagem	8	27,6
Enfermeiro	16	55,2
Médico	11	37,9
Dentista	9	31,0
ACD/THD	8	27,6
Branco	7	24,1
Grupos		
Sim	28	96,6
Não	1	3,4
<i>Participantes*</i>		
ACS	21	72,4
Auxiliar/Técnico Enfermagem	16	55,2
Enfermeiro	24	82,8
Médico	19	65,5
Dentista	11	37,9
ACD/THD	10	34,5

* A soma dos percentuais suplanta os 100% pois mais de uma resposta é possível.

No que se refere à forma de trabalho, procurou-se saber como ocorrem as discussões dos casos encontrados na comunidade durante as visitas domiciliares. Também foi questionada a ocorrência de educação permanente em saúde nas unidades e verificou-se que para 3 (10,3%) não ocorre e 16 (55,2%) dizem ocorrer irregularmente. Quanto aos participantes da educação permanente, notou-se que todos os profissionais participam, em maior ou menor número. Isso demonstra que se precisa investir mais em educação permanente com os trabalhadores, a qual deve ocorrer regularmente, levando-se em consideração a Política Nacional de Educação Permanente instituída em Portaria pelo Ministério da Saúde em 2006.

Outro aspecto questionado foi a existência de grupos na unidade, sendo que 28 (96,6%) dizem haver e, apenas 1 (3,4%) nega a existência de grupo em sua unidade de saúde. Isso denota incongruência com as demais respostas, já que em nenhuma unidade de saúde há apenas um ACS.

No que se refere ao material de trabalho, buscou-se saber quais os entrevistados utilizam e se estes são fornecidos ou comprados. Quanto ao uniforme, todos os entrevistados 29 (100%) dizem ganhar. Desses apenas um menciona que ganha de outro que não da prefeitura. Esse uniforme inclui camiseta de manga curta para 28 (96,6%) e boné para 15 (51,7%). Da mesma forma, um entrevistado menciona que usa como uniforme jaleco bordado (Tabela 3).

Os valores encontrados para o WHOQOL-Bref e seus domínios estão descritos na tabela 4. Nela, pode-se observar que o domínio ambiente recebeu o maior escore médio, seguido dos domínios psicológico e físico e, por último, o domínio social. Observamos valores semelhantes aos de outros estudos em que foi realizada avaliação de qualidade de vida de ACS através deste instrumento, embora nestes os escores de domínio de ambiente tenham sido os de menor valor (KLUTHCOVSKY et al., 2007; VASCONCELOS, VAL, 2008).

Tabela 3. Descrição do material de trabalho e forma de aquisição.

Material	Sim		Não	Branco
	Ganha	Compra		
Uniforme	29 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Boné	15 (51,7)	0 (0)	14 (48,3)	0 (0)
Camiseta manga curta	28 (96,6)	1 (3,4)	0 (0)	0 (0)
Protetor solar	20 (69,0)	8 (27,6) [€]	1 (3,4)*	0 (0)
Pasta	21 (72,4)	4 (13,8)	2 (6,9)	1 (3,4)
Prancheta	21 (72,4)	8 (27,6)	0 (0)	0 (0)
Lápis	16 (55,2)	11 (37,9)	1 (3,4)	1 (3,4)
Caneta	14 (48,3)	14 (48,3)	0 (0)	1 (3,4)
Borracha	11 (37,9)	18 (62,1)	0 (0)	0 (0)
Régua	4 (13,8)	11 (37,9)	11 (37,9)	0 (0)
Almofada de carimbo	26 (89,7)	3 (10,3)	0 (0)	0 (0)
Mochila	0 (0)	9 (31,0)	13 (44,8)	7 (24,1)

[€] Destes 8 indivíduos, 4 referem às vezes ganhar; * pois não ganha

Tabela 4. Média, desvio padrão, valores máximos referentes à qualidade de vida geral e domínios do WHOQOL-Bref

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Qualidade de vida geral	70,68	15,79	30,00	100,00
Físico	64,63	16,00	35,71	100,00
Psicológico	65,15	12,05	50,00	100,00
Social	59,82	19,51	25,00	100,00
Ambiente	71,20	14,52	39,29	100,00

A correlação dos dados demográficos com qualidade de vida pode ser encontrada na tabela 5. Destaca-se a correlação positiva entre o tempo de trabalho como ACS e os domínios psicológico e social, sugerindo que com o passar do tempo os ACS aprendem a dinâmica de trabalho e conseguem se organizar de maneira mais produtiva e menos estressante. A correlação entre a escolaridade e o domínio ambiente pode ser explicada por uma maior proximidade intelectual e socioeconômica entre os ACS e os demais profissionais que trabalham numa unidade de saúde.

Tabela 5. Características dos ACS e correlação com qualidade de vida.

	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Geral
Idade	0,121	0,104	0,063	-0,141	-0,322
Escolaridade	0,137	0,141	-0,219	0,373*	0,266
Tempo como ACS	0,260	0,465*	0,514*	0,235	0,235
Número de famílias cadastradas	-0,043	-0,078	0,067	0,270	-0,040

*P<0,05

Para a análise dos fatores relacionados ao trabalho que afetam a qualidade de vida dos ACS, criaram-se três escores: sobre a estrutura de trabalho, o material necessário e a forma de realização do trabalho. As correlações dos escores com os domínios do WHOQOL-Bref encontram-se descritas na tabela 6.

Tabela 6. Correlação entre domínios do WHOQOL-Bref e escores derivados dos questionários.

	Domínios			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
Escore de Estrutura [€]	0,297	0,311	0,169	0,683*
Escore de Material	-0,202	-0,269	-0,353	-0,136
Escore de Forma de trabalho	0,389*	0,168	-0,053	0,263

* P < 0,05; € Spearman

O escore de estrutura considerou as questões relacionadas ao ambiente, quais sejam: a existência de sala própria para os ACS e de armário individual ou coletivo. Desta forma o escore variou de 2 (pior situação possível – inexistência de sala e de armário) a 5 (melhor situação possível – sala própria e armário individual). Ocorreu uma correlação positiva entre o domínio ambiental do WHOQOL e o escore relacionado a estrutura de trabalho ($R = 0,602$; $P < 0,001$).

Foram incluídos no escore de material de trabalho o uniforme, uso de protetor solar e materiais de consumo como pasta, lápis, caneta (questões 9 a 12 do questionário). Além da utilização desses materiais, considerou-se a forma de aquisição, se comprados ou ganhos. Este escore teve uma pontuação que variou de -3 a +5 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a situação. Não foi encontrada correlação entre este escore e nenhum dos domínios do WHOQOL-Bref.

Para o escore de forma de trabalho foi considerada a existência de discussão dos casos em equipe, a forma como esta ocorria, a existência de educação permanente dos profissionais e de atividades em grupo para usuários da unidade. O escore variou de -4 a +9, também sendo a melhor situação caracterizada por melhores pontuações. Observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre este escore e o domínio físico ($R = 0,389$; $P = 0,025$).

Destaca-se a correlação positiva entre o escore de forma de trabalho com o domínio físico, a qual era esperada com o domínio psicológico. Isso porque a forma de trabalho pode relacionar-se diretamente com o suporte com que os ACS têm no seu dia-a-dia, para enfrentar as diferentes situações com que se deparam. As discussões sistemáticas dos casos, com os profissionais da equipe, a educação permanente em saúde, partindo das vivências diárias são subsídios fundamentais para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais ACS com qualidade e segurança.

Não houve correlação do escore de material com nenhum dos domínios do WHOQOL-Bref, sugerindo que não há interferência da falta do fornecimento de materiais na qualidade de vida dos ACS.

5 CONCLUSÕES

A inexistência de correlação do escore de material com nenhum dos domínios do WHOQOL-Bref nos faz pensar que embora muitas vezes o não fornecimento de alguns desses materiais seja motivo de descontentamento, e até mesmo de estresse, não afeta a qualidade de vida dos profissionais ACS.

Neste trabalho detectaram-se alguns fatores relacionados ao trabalho como capazes de influenciar a qualidade de vida dos ACS, mesmo utilizando-se um questionário genérico de qualidade de vida, como o WHOQOL-Bref o é. Talvez a utilização de questionários específicos para profissionais da saúde ou especificamente desenhados para avaliação da qualidade de vida de ACS pudesse ser capaz de detectar com maior sensibilidade outras correlações.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em nov 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>. Acesso em dez 2008

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 66p.

_____. Ministério da Saúde. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. **Informe da atenção básica**. Ano V, março/abril de 2004. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo21.pdf>. Acesso em dez 2008

_____. **Portaria n. 648/GM** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Seção 1.

Bullinger M, Anderson R, Cella D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res.* v.2, n.6, p.451-459, dec. 1993 apud FLECK M. P. A., Leal O. F., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** v.21, n.1, p.19-28, 1999

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do PSF sobre as ações dos ACS: o caso de Sobral/ Ce. **SANARE Revista de Políticas Públicas**. Ano v, n.1, p.159-166, jan./fev./mar. 2004

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde coletiva**. v.10, n.2, p.347-355, abr. 2005

FLECK M. P. A., Leal O. F., Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** v.21, n.1, p.19-28, 1999

Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública.** v.34, n.2, p.178-83, 2000

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de Saúde da Família do município de Timbó-SC.** 2006.94f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006

GRUPO WHOQOL. **Desenvolvimento do WHOQOL.** Disponível em:
<<http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol.html>>

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n.6, p. 957-963, dez. 2006.

KLUTHCOVSKY A.C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul,** Porto Alegre, v.29, n.2, p. 176-183, ago. 2007.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I.C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **SANARE Revista de Políticas Públicas.** Ano v, n.1, p. 121-128, jan./fev./mar. 2004

LEVY FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública.** v.20, n.1, p. 197-203, jan/fev. 2004

MENGARDA, C. V. Tradução e validação para o português do Brasil do Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30) 147f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Programa de Pós-Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 jan 2009.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 jan 2009.

SOUZA, R. R. A população em primeiro lugar. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, p.4, Nov. 1999.

VASCONCELLOS, N. P. C.; VAL, R. C. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2008

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em Enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.01, jan/abr.1999.

Anexo 1 - WHOQOL-Bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2 - Questionário

Caro Agente Comunitário de Saúde

Estamos realizando esta pesquisa com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos ACS do Município e tentar encontrar alguns fatores relacionados. Solicitamos que você preencha as seguintes questões:

Características gerais

1. Data de nascimento: _____
2. Gênero: _____
3. Tempo de estudo (em anos): _____

Questões relacionadas à Unidade de Saúde

4. Unidade de trabalho: _____
5. Número de famílias cadastradas: _____
6. Há quanto tempo você trabalha como ACS: _____

Questões relacionadas ao ambiente de trabalho do ACS

7. Os ACS da sua Unidade possuem sala própria?
 sim não
8. Os ACS da sua Unidade possuem armário para guardar o material de trabalho?
 sim individual sim coletivo não

Questões relacionadas ao material para trabalho

9. Você usa uniforme de trabalho?
 não, não tenho não, não gosto não, mas gostaria
 sim ganho da prefeitura sim comprado
 sim ganho de outro _____
10. Em caso afirmativo, este uniforme inclui:
 boné camiseta manga curta camiseta manga longa
 blusa de moletom casaco calça abrigo outro _____

11. Você usa protetor solar para trabalhar?

não, pois não quero/gosto não, pois não ganho

sim, eu compro sim, eu ganho

12. Quais os materiais abaixo você usa no dia-a-dia do seu trabalho:

	Não uso	Uso comprei / costume comprar	Uso Ganhei / costume ganhar
Pasta			
Prancheta			
Lápis			
Caneta			
Borracha			
Régua			
Almofada de carimbo			
Mochila			

Questões relacionadas a forma de trabalho

13. Você discute os casos com a Equipe de Saúde?

não

sim, diariamente

sim, semanalmente

sim, a cada ____ dias

somente alguns casos especiais

14. Em caso afirmativo, estas discussões:

são planejadas com horário pré-determinado

ocorrem no transcorrer do dia de trabalho

ocorrem de maneira individual

ocorrem com toda a equipe junto

ocorrem com todos os ACS juntos

são realizadas com o enfermeiro

são realizadas com o médico

são realizadas com o dentista

15. Existe algum programa de educação permanente dentro da tua Unidade?

não

sim, irregularmente

sim, a cada ____ dias

16. Em caso afirmativo, quem participa desta educação permanente?

ACS auxiliares/técnicos de enfermagem enfermeiros

médicos dentistas ACD/THD

Questões relacionadas a outras atividades

17. Há atividades de grupo na sua Unidade?

sim não

18. Em caso afirmativo, quem participa?

enfermeiros

dentistas

ACS

téc./aux. Enfermagem

médicos

ACD/THD

Anexo 3 - Criação dos Escores

Criação dos Escores: Valor dado a cada resposta encontra-se entre os colchetes ou nas células das tabelas.

Questões relacionadas ao ambiente de trabalho do ACS
--

7. Sala própria

[2] sim [1] não

8. Armário para guardar o material de trabalho

[3] sim individual [2] sim coletivo [1] não

Questões relacionadas ao material para trabalho

9. Uniforme de trabalho

[1] sim

10. Protetor solar

[-2] não, pois não ganho [0] sim, eu compro

[1] compro/ganho [2] sim, eu ganho

11. Materiais utilizados no dia-a-dia

	Não uso	Compro	Ganho
Pasta	0	-1	+1
Prancheta	0	-1	+1
Lápis	0	-1	+1
Caneta	0	-1	+1
Borracha	0	-1	+1
Régua	0	-1	+1
Almofada de carimbo	0	-1	+1
Mochila	0	-1	+1

Questões relacionadas a forma de trabalho

12. Discussão dos casos

[-2] não

[2] sim, diariamente

[1] sim, semanalmente

[1] sim, a cada ____ dias

[0] somente alguns casos especiais

13. Em caso afirmativo, estas discussões:

[1] são planejadas com horário pré-determinado

[0] demais respostas

14. Existência de programa de educação permanente

[-1] não

[0] sim, irregularmente

[1] sim, a cada ____ dias

15. Profissionais envolvidos na educação permanente

[2] para participação de todos;

[1] para participação de 3 a 5 profissionais;

[0] para participação de menos de 3 profissionais

Questões relacionadas a outras atividades

16. Atividades de grupo na Unidade

[1] sim [-1] não

17. Profissionais envolvidos nas atividades de grupo

[2] para participação de todos;

[1] para participação de 3 a 5 profissionais;

[0] para participação de menos de 3 profissionais

Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:
“Avaliação da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Cachoeirinha - RS”

Investigador responsável

Enf. Tatiana Tavares (Enfermeira Unidade Saúde da Família – Prefeitura Municipal de Cachoeirinha - RS)

Objetivos do Estudo

O estudo objetiva avaliar a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde (ACS) do município, bem como a influência dos fatores relacionados ao trabalho e à estrutura da Unidade de Saúde, na qualidade de vida dos ACS.

Procedimentos

A avaliação da qualidade de vida será avaliada através do instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS), o World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref) e por meio de um questionário desenvolvido que inclui os fatores relacionados ao trabalho que influenciam a qualidade de vida dos ACS.

Riscos e Desconfortos

Por se tratar apenas de respostas a um questionário, não há riscos relacionados ao estudo.

Custos

Não há nenhum custo relacionado à participação no estudo.

Confidencialidade

Todas as informações e os resultados advindos dos procedimentos realizados serão considerados confidenciais e serão conhecidos somente da equipe envolvida. Todos os questionários e materiais coletados serão identificados através de um código criado na entrada do estudo. Este código será a única identificação no banco de dados, sendo utilizado para análise dos dados e divulgação dos mesmos no meio científico.

Significado de sua assinatura

A sua assinatura abaixo significa que você entendeu a informação que lhe foi fornecida sobre o estudo e sobre o termo de consentimento. Se você assinar este documento significa que você concorda em participar do mesmo.

Nome completo: _____

Cidade onde mora _____

Número do telefone: _____

Assinatura do ACS: _____

Data: _____

Assinatura: _____